Actualités Medscape

Troubles dissociatifs de l'identité : quels sont-ils ? Comment les repérer ? Quelle prise en charge ?

Anne-Gaëlle Moulun
DÉCLARATIONS | 26 novembre 2025

0 14

Peu de patients, 183 seulement, sont diagnostiqués de troubles dissociatifs de l'identité (TDI) en France. Pourtant, des études internationales estiment sa prévalence à bien davantage. Pourquoi une telle invisibilisation/ignorance ? Les explications de la spécialiste de ces troubles, la **Pre Coraline Hingray**, cheffe du Pôle universitaire de psychiatrie du Grand Nancy, créatrice de la maison de la

Lausanne, co-directeur de l'Institut Romand de Psychotraumatologie, qui a traduit en français l'échelle actuellement utilisée pour diagnostiquer ces troubles [1].

Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

La dissociation est un phénomène étudié et décrit depuis le XIXe siècle, par **Pierre Janet** et **Sigmund Freud** notamment. Il est décrit comme un phénomène causé par une « intégration absente ou défaillante des différentes fonctions cérébrales (émotion, cognition, perception, mouvement, mémoire, etc.), généralement causé par un événement traumatique », comme l'expliquait la **Pre Coraline Hingray**, cheffe de Pôle universitaire de psychiatrie du Grand Nancy, dans la Lettre du Psychiatre en 2021 [2].

> « Internationalement, on ne peut ignorer un nouvel engouement pour la dissociation, même s'il est timide au niveau de la psychiatrie française »
>
> — Coraline Hingray

« La dissociation devient pathologique lorsqu'elle se chronicise, qu'elle impacte le fonctionnement et la qualité de vie. Elle survient principalement lorsque les capacités de réassociation de l'individu sont dépassées et qu'il existe une impossibilité d'acceptation et d'intégration complète du trauma en tant que souvenir dans son histoire, dans son identité », complète-t-elle.

Néanmoins, les travaux de Sigmund Freud « se sont imposés trop longtemps au détriment de ceux de Pierre Janet, injustement délaissés jusque dans les années 1980 ». A présent, c'est la psychanalyse freudienne qui perd du terrain au profit d'un regain d'intérêt pour Pierre Janet, et l'on redécouvre la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, développée sur la base des travaux de Janet et de **Charles Myers**. Ce dernier distinguait déjà deux sous-systèmes de personnalité ou parties dissociatives, qu'il avait observés chez des soldats lourdement traumatisés.

> « Le TDI est la forme la plus sévère de trouble dissociatif »
>
> — Olivier Piedfort-Marin

Troubles d'origine traumatique

« Cette théorie permet d'expliquer les troubles d'origine traumatique, du plus simple comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT) au plus complexe, comme le trouble dissociatif de l'identité (TDI), en passant par le trauma complexe et les autres troubles dissociatifs », souligne la psychiatre, interviewée par *Medscape France*. « Internationalement, on ne peut ignorer un nouvel engouement pour la dissociation, même s'il est timide au niveau de la psychiatrie française ».

« Le TDI est la forme la plus sévère de trouble dissociatif, complète **Olivier Piedfort-Marin**, psychologue-psychothérapeute à Lausanne, co-directeur de l'Institut Romand de Psychotraumatologie, qui a traduit en français l'échelle actuellement utilisée pour diagnostiquer ces troubles [3]. Il se définit par la présence de plusieurs états distincts de la personnalité, qui ont chacun leur propre modèle de perception de soi, des autres et du monde ».

Les « parties dissociatives »

Le TDI est ainsi « la présence de différentes parties de la personnalité qui vont avoir des buts différents, se comporter différemment. Dans cas les plus simples, il y a une partie qu'on peut appeler "adulte" : la personne qui travaille, fait les courses, s'occupe des enfants. Et tout à coup : elle change de personnalité. Elle se comporte comme une enfant ou comme une ado. On peut la retrouver assise par terre en train de sucer son pouce, en ado rebelle ou en état de stupeur, incapable de parler et de bouger. Parfois, l'autre partie semble être comme la partie adulte, mais avec des différences. Par exemple, une personne reçoit à la maison un produit qu'elle ne se souvient pas avoir commandé, auquel elle ne voit aucune utilité et qu'elle a commandé sur un site qu'elle ne connaît pas. L'indice de TDI, dans ce cas, ce sont les amnésies. C'est extrêmement déstabilisant pour les patients qui en souffrent », détaille-t-il. Ces parties sont appelées « parties dissociatives ».

Éléments déclencheurs de la dissociation

Elles peuvent arriver lorsqu'il y a des déclencheurs externes. « Par exemple, une personne agressée sexuellement dans son enfance par quelqu'un qui portait la barbe peut avoir un "switch" (elle passe de sa personnalité habituelle à une partie dissociative) lorsqu'elle croise un barbu ». Parfois, ce sont des phénomènes internes qui mènent à un switch : les parties dissociatives peuvent être en relation entre elles et les patients entendent des voix, ou des dialogues internes, comme « jette-toi par la fenêtre ». « Dans ce cas, on parle d'intrusion dissociatives, et non de switch, précise le psychologue. Avec des symptômes comme cela, certains collègues pensent à la schizophrénie. Mais des études montrent que cela aurait plus de liens avec le TDI », insiste-t-il.

La Pre Hingray explique qu'elle a mené l'enquête sur les raisons de ce manque d'intérêt pour le TDI en France [4]. Elle a reçu 809 réponses de psychiatres français, dont 513 complètes de psychiatres et internes en psychiatrie. « La première raison, et non des moindres, c'est la méconnaissance. Les professionnels ne sont pas formés aux troubles dissociatifs, donc ils ne les détectent pas. Quand nous les questionnions sur leurs formation, 61 % disaient qu'ils n'avaient jamais bénéficié de formation, enseignement ou communication en congrès sur les troubles dissociatifs », détaille-t-elle. « Parmi ceux qui ont répondu avoir été formés, la majorité l'avaient été par le biais de formations personnelles. Moins d'un quart en formation universitaire. Il y a donc un vrai problème de formation initiale sur ce sujet », estime la psychiatre.

> « Le TDI peut prendre l'allure de beaucoup d'autres diagnostics, tel que des troubles borderline, bipolaires, psychotiques, addictologiques .... »
>
> — Pre Hingray

Troubles caméléon

À la question : « pensez-vous posséder de bonnes connaissances théoriques sur les troubles dissociatifs ? », seulement 8,19 % des répondeurs disaient oui. 32 % disaient oui partiellement et l'immense majorité répondaient non pas assez, ou non. « La deuxième raison majeure est que l'on ne diagnostique pas ce que l'on ne connaît pas. Il s'agit de troubles complexes. J'aime beaucoup les appeler les « troubles caméléons. Se dissocier, cela a pour but de survivre, par tous les moyens possibles. Les troubles de stress post-traumatique (TSPT) complexes dissociatifs vont prendre l'allure de troubles du sommeil, angoisses, scarifications, tentatives de suicides, etc., pour lesquelles on ne va pas chercher les troubles de dissociation. On voit tout un tas de troubles, sans repérer les troubles dissociatifs sous-jacents. Il y aussi le fait de dissimuler : il existe des parties dans le TDI qui peuvent dire : « tout va bien », alors que 10 minutes après ils sont en train de se scarifier... »

Elle souligne que « cela évite de montrer ce qui ne va pas, de se confronter à ses souvenirs. Tout cet évitement donne à voir différents visages, donc les professionnels peuvent passer à côté facilement ».

Des troubles décrédibilisés

Souvent, ces patients ont reçu d'autres diagnostics avant : « le TDI peut prendre l'allure de beaucoup d'autres diagnostics, tel que des troubles borderline, bipolaires, psychotiques, addictologiques .... Pour des psychoses, cela peut être pris pour de la schizophrénie. Les patients peuvent avoir été mal diagnostiqués, Et en psychiatrie, on sait qu'on a du mal à remettre en question un diagnostic », pointe-telle.

Enfin, la dernière raison qu'elle a observée, c'est que ces troubles ont été décrédibilisés » : On entend qu'ils n'existent que dans les séries télé, que ce sont des troubles glamours des réseaux sociaux. Pour certains professionnels, il y a carrément une remise en question de l'existence même du trouble. Les psychiatres sont persuadés que, s'ils en avaient vu, ils le sauraient. Ils ont une représentation du TDI comme quelque chose de visible, de bruyant, alors que c'est tout l'inverse », insiste-t-elle.

Par exemple, un ou une jeune patient(e) qui est en train de vivre l'horreur à la maison veut quand même faire comme si tout allait bien à l'école, et/ou se mettre en mode battant(e) pour protéger sa petite sœur et/ou amadouer son agresseur pour améliorer manière dont ça se passe. Mais il met tout cela dans une boîte à souvenirs et n'y pense plus, car il ne peut pas vivre avec ça. C'est trop dur ».

Remettre en question ses convictions

Elle-même s'y est laissée prendre. « J'ai commencé à m'intéresser aux crises qu'on appelait "hystérie à la Charcot" quand j'étais interne et que je souhaitais travailler en neurologie. J'y suis allée avec énormément de réticences, car je pensais rencontrer des patientes qui allaient être dans la séduction, la recherche d'attention en en rajoutant ! Toutes ces graves croyances erronées étant véhiculées en partie par la psychanalyse. Je me suis retrouvée face à une dame qui souffrait de crises fonctionnelles/ dissociatives. Elle tombait, convulsait, perdait connaissance... Elle avait été diagnostiquée borderline. Quand je l'ai interrogée sur son passé, elle m'a dit avoir été victime d'inceste, elle et sa sœur jumelle. Mais que ce n'était pas si grave, car lors des agressions elle se sentait au bord d'une rivière avec le soleil sur sa peau. C'est alors que j'ai découvert la dissociation. Cela a remis en question énormément de mes propres convictions », raconte-t-elle.

> « J'ai eu des patients TDI sans les voir, car on ne m'avait jamais formée à les repérer »
>
> — Pre Hingray

Sentiment d'être plusieurs

La Pre Hingray se forme ensuite à la prise en charge du trauma, mais, même avec cela, elle peine à poser un diagnostic de TDI. « Je n'ai pas vu, pas posé de diagnostics pendant des années, reconnaît-elle. Un jour, pour la toute première fois, je me suis retrouvée à poser la question à une patiente très dissociée : "Avez-vous le sentiment d'être plusieurs en vous, d'entendre ces parties ? " Elle m'a dit oui. Je me suis pris une grande claque. Je la suivais depuis deux ans et je n'avais jamais pensé à lui poser la question ».

Elle se passionne ensuite pour la dissociation. Au début, pour celle qui passe par le corps, avec les crises fonctionnelles dissociatives dont elle est devenue spécialiste internationale :« les troubles neurologiques fonctionnels incluent ces crises, des paralysies, des troubles de la marche, de la parole, des pertes de vision et d'audition. C'est ce qu'on appelle de la dissociation somatoforme. Le TDI, lui, c'est plutôt de la dissociation psychoforme. J'ai fait passer des échelles de dissociation, mais, pendant des années, je ne savais pas réellement ce que c'était le TDI. J'étais, moi aussi, persuadée que si j'avais un patient TDI, je le saurais. J'ai eu des patients TDI sans les voir, car on ne m'avait jamais formée à les repérer », regrette-t-elle.

Critères diagnostiques

Dans les critères diagnostiques, « il faut qu'il y ait des parties et qu'elles prennent le contrôle de l'individu », précise Olivier Piedfort-Marin, qui a traduit en français une échelle de diagnostic, comprenant de nombreuses questions, pour diagnostiquer le TDI, le SCID-D(Structured Clinical Interview for DSM Disorders – Dissociative Disorders) [5]. C'est un entretien semi-structuré conçu pour évaluer les symptômes dissociatifs chez les adultes et les adolescents. La version française a fait l'objet d'une étude de validation publiée dans les Annales Médico-Psychologiques [6].

Il y a en outre des signes indirects :

* l'amnésie : par exemple, une patiente se retrouve à la gare sans savoir pourquoi, plusieurs heures manquent dans sa journée.

* la dépersonnalisation : lorsque les gens ont le sentiment d'être déconnecté d'eux-mêmes.

* la déréalisation : le sentiment d'être déconnecté de son environnement. Les patients n'arrivent pas à reconnaître les gens autour d'eux, un animal de compagnie, leurs proches.

* la confusion de l'identité : la personne va faire état du sentiment qu'elle n'est pas seule, qu'il y a une lutte interne dans sa tête, des parties d'elles qui veulent des choses opposées.

* et l'altération de l'identité : les switchs.

« Ces cinq éléments sont ceux que nous recherchons pour effectuer le diagnostic. Dans le TDI, le patient a tous ces symptômes, dans presque tous les cas, souligne-t-il. Il y a parfois aussi des symptômes de la motricité et des sens, comme des crises fonctionnelles/dissociatives, une paralysie, ou des mouvements d'une partie du corps avec une explication non neurologique ». Cela peut être aussi une incapacité à ressentir la douleur, parfois au quotidien. « Le corps a été entraîné à ne rien ressentir », pointe-t-il.

Un trouble parfois caché pendant des années

Vis-à-vis de l'entourage, ce trouble peut être ignoré pendant longtemps. « Certaines personnes réussissent à bien le cacher, d'autres pas du tout. J'ai l'exemple d'une patiente, qui n'a vu son premier psychothérapeute qu'à l'âge de 40 ans. Elle avait parfois sa voix qui changeait pour celle d'une petite fille, mais quand son fils lui demandait pourquoi elle parlait comme cela, elle répondait simplement qu'elle était fatiguée. Ses symptômes se sont aggravés quand elle a voulu divorcer et c'est seulement à ce moment-là qu'elle a consulté. Certains patients dissimulent ces changements de personnalité pendant des années. À certains moments, ils se comportent comme un petit enfant, mais cela n'éveille pas les soupçons de leurs proches ». Pour d'autres, les parties dissociatives sont « dormantes » et ne se manifestent qu'en période de crise. « J'ai connu une patiente dont les traumas dataient de l'enfance et qui a subi une amnésie pendant des années. Son TDI n'est apparu qu'à 38 ans, suite à un élément déclencheur qui a fait tout ressortir », développe Olivier Piedfort-Marin.

> « La thérapie est longue, de l'ordre de plusieurs années, voire toute une vie pour certains patients »
>
> — Olivier Piedfort-Marin

Un traitement très long

Les financements manquent pour lancer des études de grande ampleur afin de documenter les cas d'amélioration ou de guérison. « Nous disposons de rapport cliniques par des collègues, qui sont des rapports de cas, sur une potentielle guérison de ces patients, indique le psychothérapeute. Ce sont souvent des traitements difficiles, pour le patient comme pour le thérapeute, et longs. Il doivent intégrer différentes approches, dont aucune ne peut, à elle seule, résoudre le trouble ».

La Société internationale du trauma et de la dissociation (ISSTD) a émis une série de recommandations en ce sens [7]. Elle préconise la thérapie intégrative, qui implique d'utiliser des outils de différentes approches et de les adapter aux patients, au cas par cas : hypnose, éléments de thérapie comportementale, de thérapie familiale (tenir compte des connaissances en thérapie famille pour comprendre), approche psychodynamique (pour comprendre les aspect relationnels), EMDR dans certains cas.

« C'est toujours une thérapie individualisée, en choisissant des outils différents », résume Olivier Piedfort-Marin, également président de l'association EMDR Europe.

« Dans un premier temps, il faut stabiliser le patient, qui est souvent très instable, et cela peut passer par l'utilisation de médicaments. Il a besoin qu'on ne travaille pas tout de suite sur le trauma. Et ensuite, la thérapie est longue, de l'ordre de plusieurs années, voire toute une vie pour certains », estime-t-il. Cependant, Coraline Hingray rapporte que certains patients suivis dans son centre ont compris leur trouble, le maîtrisent beaucoup mieux, n'ont plus d'amnésies et fonctionnent très bien au quotidien.

> « L'important est d'aider le patient à faire en sorte que sa vie ne soit plus définie, ni dictée par le trauma »
>
> — Pre Hingray

Réparer à l'image du kintsugi

Pour la Pre Hingray, « la vraie question est : peut-on guérir des traumas ? ». Elle pense que « oui, mais cela dépend du sens que l'on donne au terme "guérir". Il ne s'agit pas d'oublier, ni de ne plus avoir de traces des traumatismes mais plutôt de vivre avec de manière libérée ». Elle aime beaucoup utiliser la métaphore du kintsugi, un art japonais traditionnel consistant à réparer les morceaux d'un bol cassé en les recollant avec de l'or. « Cela permet de restaurer une fonctionnalité à l'objet et les sutures sont sublimées par l'or. Les cicatrices sont visibles, exposées, mais plus belles. Cela s'appelle la croissance post-traumatique. Parfois, le patient en ressort plus fort mais ce n'est pas du tout un objectif. L'important est de fonctionner de manière satisfaisante ».

Pour elle, « la dissociation est un mécanisme de protection extraordinaire, qui permet de survivre. Les vrais marqueurs de guérison sont : est-ce que le patient peut penser à son passé sans que le trauma ne soit réactivé ? Peut-il être amoureux, être parent, travailler avec satisfaction ? Dans ces cas-là, pour moi, on est dans la guérison, mais je n'attends pas de mes patients qu'ils n'aient plus de tout de parties dissociées. Je ne mets pas ce genre d'injonctions sur eux », insiste-t-elle. « Beaucoup de victimes ont le sentiment que le mot de guérison viendrait effacer leur vécu de victimes. L'important est d'aider le patient à faire en sorte que sa vie ne soit plus définie, ni dictée par le trauma ».

> « Les patients dissociés sont des patients discrédités »
>
> — Pre Hingray

Enjeu de formation

Pour elle, comme pour Olivier Piedfort-Marin, l'enjeu maintenant auprès des professionnels, est celui de la recherche et de la formation, pour que ce trouble ne soit plus ni invisibilisé, ni confondu avec d'autres. « J'essaie d'en parler de plus en plus, dans les congrès, d'écrire et de communiquer dessus, y compris dans les médias », détaille la Pre Hingray. Elle travaille également sur un projet de recherche afin de trouver des marqueurs objectifs aux manifestations dissociatives.

« Actuellement, en psychiatrie, le diagnostic repose sur des questionnaires. Il n'y a pas de biologie, pas d'imagerie. Or, la manière dont on écoute les patients, dont on leur pose les questions, dépend de nos expériences, de nos croyances et de notre formation. Avoir des marqueurs objectifs (voix, contenus sémantiques, comportement...) qui permettraient le diagnostic », espère-t-elle. Elle poursuit ainsi plusieurs objectifs : « les patients dissociés sont des patients discrédités. Ils peuvent être rejetés, peuvent agacer les professionnels qui se sentent impuissants à les soigner. Ils sont également discrédités dans les affaires judiciaires, car la victime parle avec détachement, se souvient tard ou ne se souvient pas, et tout cela joue contre elle. Le diagnostic d'une dissociation devrait au contraire re-créditer le discours des victimes, qui ne cherchent ni à se moquer, ni à attirer l'attention », martèle-t-elle.

Elle est consciente du chemin qu'il reste à parcourir, y compris auprès de ses propres confrères psychiatres.

Le RDI en chiffres :

* Dans le DSM5 : 1,5 % de la population générale serait atteinte de troubles dissociatifs de l'identité. Cela pourrait concerner entre 100 000 et 200 000 personnes en France.

* Pour les troubles dissociatifs en général : 162 000 patients en souffriraient en France. Ce chiffre concerne seulement les patients pris en charge au niveau ambulatoire dans des établissements publics (il ne prend pas en compte les patients hospitalisés, ni les patients en libéral).

* En 2023 : 183 patients étaient diagnostiqués d'un TDI en France d'après le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Liens d'intérêts des experts : Aucun